

保险合同变更申请书（投连转换、电销产品专用）

填写须知：

1. 本申请书适用于投资连结保险账户转换及电话方式销售产品的保全变更。
2. 您所申请的变更项目，经本公司审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。
3. 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
4. 您申请办理以下带*号的保全项目时，须同时提交《健康、财务及其它告知书》。
5. 请在所选择保全项目前的□内打√，并用钢笔或签字笔清晰无误的填写所需要办理的内容。

保单号码		投保人		电话/手机		
基本信息变更	<input type="checkbox"/> 电话地址变更	通讯地址：_____ 邮政编码：_____		移动电话：_____ 家庭电话：_____ 办公电话：_____		
	<input type="checkbox"/> 客户资料变更	变更对象 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人	变更内容 <input type="checkbox"/> 姓名证件 <input type="checkbox"/> 生日性别* <input type="checkbox"/> 职业工种*	姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____		
				证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其它：		
				证件号码		
	<input type="checkbox"/> 身故受益人变更	新受益人姓名 性 别 出 生 日 期 是 被 保 险 人 的	受益顺序 受益比例 证 件 类 型	职业：_____ 国籍：_____ 年收入：_____ 万元		
				证件号码		
<input type="checkbox"/> 续期交费账号变更	账户所有人姓名：_____ 开户银行：_____ 银行账号：_____		投保人名下的所有保单是否同时变更： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<input type="checkbox"/> 交费频率变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 月交					
保险计划变更	<input type="checkbox"/> 解除合同	解除合同原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 其他：				
	<input type="checkbox"/> 短期险预约终止	退费账户信息（户名须与投保人一致）： 开户银行：_____ 户名：_____ 银行账号：_____				
投连	<input type="checkbox"/> 投资单位转换	转出账户类型		投资单位数量	转入账户类型	
其他	<input type="checkbox"/> 复效*	复效须知： 复效后含有“观察期”及“等待期”的险种，需重新计算观察期及等待期。				
	<input type="checkbox"/> 补充告知*	补充告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 补充告知内容：				
	<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费				
	<input type="checkbox"/> 红利领取	领取金额：_____ 元				
	<input type="checkbox"/> 补发保单	保单由于_____原因补发，原保单自补发之日起作废。				
	<input type="checkbox"/> 保单余额退费	退费金额：_____ 元				
说明栏						
是否需要为您邮寄变更批单：						
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 邮寄地址： <input type="checkbox"/> 同保单通讯地址 <input type="checkbox"/> 其他：						
投保人签名：			被保险人或其监护人签名：			
申请日期：			申请日期：			
保险公司受理人签名：			受理日期：			